

## SOLICITUD PARA CUPONES DE ALIMENTOS

### Sección 1

Solicitante:

- Llene el formulario con bolígrafo.
- Llene el formulario con cuidado y honestidad.
- SI NO ESTÁ SEGURO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO.

Usted tiene derecho de someter una solicitud para cupones de alimentos de inmediato.

Dénos:

- Su nombre.
- Dirección.
- Firma.
- Fecha de la firma.
- Si determinamos que usted es elegible, sus beneficios se pagarán a partir de esa fecha.

Si manda su solicitud a la Agencia de Bienestar Social del Condado (CWA, siglas en inglés) por correo:

- Sus beneficios comienzan en la fecha en que se recibieron en la CWA.
- Cuando usted somete una solicitud, debe proporcionar toda la información que se requiere sobre su situación.
- Para completar la aplicación, se requiere una entrevista en persona.
- Si usted resulta elegible, puede comenzar a recibir cupones de alimentos dentro de los próximos 30 días. (A partir de la fecha en que la Oficina de Cupones de Alimentos reciba su solicitud.)

1. Nombre del solicitante:

\_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) (Apellido de soltera)

Dirección de residencia: Los clientes indigentes deben proporcionar un domicilio en donde reciban su correspondencia. Acuda a la agencia del condado para obtener asistencia inmediata.

(El lugar donde usted reside)

\_\_\_\_\_  
(Número de la casa y calle o RFD) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección adonde se envía el correo:

(Si es distinta de su dirección de residencia)

\_\_\_\_\_  
(Casilla postal, dirección o RFD) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono, por el día: ( ) \_\_\_\_\_ De noche: ( ) \_\_\_\_\_

2. Usted puede dejar que una(s) persona(s) fuera de su hogar:

- Solicite cupones de alimentos para usted.
- Obtenga servicios de cupones de alimentos para usted.
- O utilice su tarjeta de Families First para comprar comida para usted.

3. Para escoger a esa persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante Autorizado	Dirección	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de Teléfono

Firma del solicitante/beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### 4. CUPONES DE ALIMENTOS RÁPIDOS

Usted puede recibir cupones de alimentos dentro de los siguientes 7 días a partir de la fecha de su solicitud si:

- Su hogar tiene un ingreso muy limitado o no tiene ingreso en este momento.  
(Su *hogar* es usted y las personas que viven y comen con usted.)  
(Ejemplos de ingresos son: salario, seguro social y pensiones).
- y usted somete la solicitud competa.

Usted puede obtener cupones de alimentos dentro de los próximos 7 días si:

- El ingreso de su hogar (su *hogar* es usted y las personas que viven, compran alimentos y comen con usted.), el dinero en efectivo y sus recursos son menos que su renta o hipoteca mensual y *servicios básicos* (*Los servicios básicos* son el gas, electricidad, agua y teléfono.)
- o en su hogar hay trabajadores agrícolas inmigrantes o de temporada.
- o su ingreso mensual bruto (es el ingreso que percibe en total sin descontar los impuestos) es menos de \$150
- y los *recursos* de su hogar son \$100 o menos. (*Los recursos* son el dinero que usted tiene en el banco o en efectivo. Su dinero en el banco puede ser una cuenta corriente o cuenta de ahorros.)

- A. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_  
B. ¿Cuál es el ingreso total *de su hogar* este mes? \_\_\_\_\_  
C. ¿Cuánto es el total de dinero en efectivo y los ahorros de su hogar? \_\_\_\_\_  
D. ¿Cuánto paga usted en alquiler o hipoteca cada mes? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga usted en *servicios básicos* cada mes? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto es el total del alquiler o hipoteca más los *servicios básicos*? \_\_\_\_\_

5. ¿Es usted o alguna persona de su hogar

- un criminal prófugo? [ ] Sí [ ] No
- alguien que ha violado su libertad probatoria? [ ] Sí [ ] No
- alguien que ha violado su libertad condicional? [ ] Sí [ ] No
- alguien condenado por algún cargo relacionado con drogas? [ ] Sí [ ] No

6. **Esta solicitud es para cupones de alimentos. A continuación le indicamos otros programas que podría solicitar. Los programas se ofrecen en la CWA. Marque los otros programas que desee solicitar.**

- ( ) Asistencia en efectivo                      ( ) Asistencia médica                      ( ) Reubicación de refugiados

7. Por favor indique si necesita alguno de los siguientes servicios.

- ( ) Traductor \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma) \_\_\_\_\_  
( ) Intérprete de lenguaje manual  
( ) Asistencia para invidentes  
( ) Otro, por favor explique \_\_\_\_\_

Si le niegan los servicios rápidos, pero cree que tiene derecho a ellos:

- Puede solicitar una conferencia con la Agencia de Bienestar Social del Condado.
- La conferencia será en los 2 días laborales siguientes a la fecha de su solicitud.

#### El uso del número de su seguro social

Para someter su solicitud, usted **DEBERÁ** darnos su número de seguro social o solicitar uno. Esto se requiere de acuerdo con la ley pública P.L. 97-98.

USAMOS LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL PARA:

- Verificar que usted sea la persona que dice ser.
- Evitar que usted reciba más ayuda de la que tiene derecho.
- Verificar otros registros gubernamentales y de computadoras para asegurarse que usted sea elegible.

Verificamos su seguro social y los registros de empleo y de BCIS.

Si los registros no coinciden con lo que usted dice, esto podría afectar

- Su elegibilidad.
- La cantidad de cupones de alimentos que reciba.

**Información para personas que no son ciudadanas**

Usted puede obtener beneficios de cupones de alimentos para los miembros de su familia que son elegibles, *aunque tenga miembros de su familia que no son elegibles por su estatus de inmigración.*

*Ejemplo:*

Los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de cupones de alimentos para sus hijos ciudadanos de Estados Unidos o hijos inmigrantes elegibles, *aunque los padres no sean elegibles.*

Usted podría tener algún miembro de su familia que no sea elegible para los beneficios de cupones de alimentos por su estatus de inmigración. De ser así, no tiene que proporcionar información acerca de ellos. *No necesita darnos sus:*

- Datos sobre su estado de inmigración.
- Números de seguro social.
- O documentos.

*Sí tiene que proporcionar sus*

- *Comprobantes de ingresos.*
- *Recursos.*

Usar los beneficios de cupones de alimentos:

- No afectará su estado de inmigración.
- No afectará el estado de inmigración de su familia.

La información de inmigración es:

- Privada.
- Confidencial.
- *Nos comunicaremos con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS, siglas en inglés) sólo para verificar el estatus del solicitante.*

#### **Declaración de Entendimiento/Advertencia de Penalidad**

Estoy solicitando asistencia.

Sé que la información que proporciono en esta solicitud puede verificarse por:

- Agentes federales.
- Agentes estatales.
- Agentes locales.

La verificación va a determinar si su información es verdadera. Esto incluye una doble verificación computarizada con otras agencias.

Entiendo que si *proporciono información incorrecta de manera consciente:*

- Se me pueden reducir o negar los beneficios.
- Puedo estar sujeto a un proceso penal.
- Podría quedar descalificado del programa.

Estoy de acuerdo que la información que proporciono en este formulario puede verificarla:

- La División de Desarrollo Familiar.
- La Agencia de Bienestar Social del Condado.
- Las Agencias Federales autorizadas.

*También se verificará la información que proporcioné durante mi entrevista.*

Estoy de acuerdo que se puede obtener información de:

- Mis empleadores anteriores.
- Mis empleadores actuales.

*Esta información también está sujeta a revisiones del programa y auditorías.*

A mi leal saber y entender, certifico bajo pena de perjurio:

- Que la información en este formulario es verdadera.
- Que el resto de la información proporcionada es verdadera. (La información dada a la oficina de Bienestar Social del Condado.)

Entiendo que se me puede procesar:

- Si proporciono información falsa.
- Si escondo información.

Información de la entrevista y segunda entrevista:

- Entiendo que el presupuesto refleja los gastos acerca de los que le informé.

*Los gastos que no se indiquen no se pondrán en el presupuesto para calcular la cantidad de mis cupones de alimentos.*

**Comprendo que debo cooperar con el Revisor Estatal de Control de Calidad.**

Firma del solicitante/beneficiado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

De conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de:

- Raza.
- Color.
- Origen nacional.
- Sexo.
- Edad.
- Religión.
- Creencias políticas.
- Incapacidad.

Para levantar alguna queja por discriminación, escriba a:

**Director de USDA**

Oficina de Derechos Civiles  
Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Avenue SW  
Washington, D. C. 20250-9410  
Llame al (202) 720-5954 (ambos, voz y TDD)

**ó a**

**Director de HHS**

Oficina de Derechos Civiles  
Room 506-F  
200 Independence Avenue  
Washington, D. C. 20201  
Llame al (202) 619-0403 (voz)  
Llame al (202) 619-3257 (TDD)

USDA y HHS son empleadores y proveedores que ofrecen igualdad de oportunidades.

S:\working\wfnjform\FSP-901 (Spanish).doc